

Reporte sobre las experiencias de los programas de salud reproductiva en Colombia, Ecuador y México, al finalizar el apoyo de USAID en el área de población

Lourdes de la Peza, Senior Program Associate

September 2005

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, Office of Population and Reproductive Health, under the terms of Cooperative Agreement Number HRN-A-00-00-00014-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Management and Leadership Program
Management Sciences for Health
784 Memorial Drive
Cambridge, MA 02139
Telephone: (617) 250 9500
www.msh.org/mandl



**Reporte sobre las experiencias de
los programas de salud reproductiva
en Colombia, Ecuador y México, al finalizar el apoyo de USAID
en el área de población**

Septiembre 2005

Lourdes de la Peza
Programa de Gerencia y Liderazgo, MSH

Tabla de contenidos:

Resumen Ejecutivo	3
I Introducción	3
II Objetivos del cuestionario y metodología	4
III Hallazgos	5
IV Conclusiones	8
Apéndices	10
Apéndice A:	Resumen de respuestas al cuestionario
Apéndice B:	Comentarios en el Sitio de la Red de Intercambio Global en Salud Reproductiva
Apéndice C:	Lista de instituciones participantes
Apéndice D:	Cuestionario
Apéndice E:	Carta de Invitación de USAID

Resumen Ejecutivo

A solicitud de USAID Washington, el Programa de Gerencia y Liderazgo de MSH realizó un cuestionario y una conversación virtual con nueve instituciones de Colombia, Ecuador y México, sobre el proceso de transición de sus programas de salud reproductiva, en la finalización de los fondos de población de USAID así como de sugerencias que ellos aportan para otros países y USAID mismo en futuras transiciones.

Los programas de salud reproductiva han continuado con buenos niveles de servicio, abasto y capacitación. La tasa general de fecundidad se ha mantenido y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos ha mejorado en Ecuador y México. (Todavía no están disponibles los datos de Colombia del 2005) Las ONGs han trabajado exitosamente en sus procesos de sostenibilidad programática y financiera pero aún requieren mayor diversificación de fondos para trabajar con las poblaciones más pobres. En el sector público se requiere trabajar en las políticas para reposicionar la salud reproductiva en el nuevo contexto de las reformas del sector salud y compitiendo con otras prioridades de salud.

Los principales retos que enfrentan los programas de salud reproductiva actualmente son; mantener y mejorar los logros obtenidos en cuanto a sostenibilidad, acceso y calidad de servicios, cubrir la demanda insatisfecha principalmente entre adolescentes y las poblaciones más relegadas y la promoción de los derechos sexuales reproductivos.

USAID puede utilizar lo aprendido en las transiciones logradas hasta el momento, documentando y compartiendo con otros países, las mejores prácticas en: Estrategias de sostenibilidad financiera, búsqueda de donantes alternos, compras internacionales de anticonceptivos y trabajo en el nivel de políticas para que la salud reproductiva tenga prioridad en la normativa y los presupuestos nacionales

I Introducción

A solicitud de USAID Washington, el Programa de Gerencia y Liderazgo de MSH inició a finales de 2003 la promoción de la formación de una red de intercambio entre países que habían terminado de recibir apoyo de fondos de población de USAID. La Red de Intercambio Global para Salud Reproductiva, se ha convertido ya en una realidad. Con el propósito de identificar el interés de estos países en la formación de la red, se inició con grupos focales en México, Ecuador y Colombia, a finales del 2003. Posteriormente, un grupo de 67 personas pertenecientes a los tres países participaron en el Programa Virtual de Desarrollo de Liderazgo, en el cuál identificaron temas de interés y retos comunes. Este esfuerzo culminó en una exitosa conferencia virtual en abril de 2005, encabezada por organizaciones de los tres países y con apoyo de MSH. 160 personas de 16 países de América Latina participaron en esta conferencia de tres días,—“Experiencias hacia la Mejora de la Salud Reproductiva de los y las Adolescentes” Marruecos, otro país graduado de asistencia de USAID en el área de población, llevó a cabo una segunda conferencia virtual de tres días en junio 2005 sobre “Maternidad Segura” conducida por profesionales de la salud reproductiva del Ministerio de Salud de Marruecos, con una participación de 98 personas de siete países francófonos de África.

Al inicio del 2005, Margaret Neuse y Susan Wright de USAID Washington, solicitaron al Programa de Gerencia y Liderazgo de MSH, hacer uso de la recién formada red para recoger información sobre la experiencia de las instituciones cuando se terminó el

apoyo de fondos de población en su país. Esta información ayudará a entender mejor los logros y retos actuales de los países graduados y promover el intercambio entre ellos y con aquellos que aún reciben fondos de población de USAID. Esta información será también útil para dar sugerencias a USAID de lo que puede hacerse para mejorar el proceso de finalización del apoyo financiero a otros países cuando esto sea apropiado. Actualmente son seis los países que ya no reciben fondos de población de USAID (Brasil, Colombia, Ecuador, Marruecos, México y Turquía) sin embargo la información de este reporte sólo se refiere a las instituciones de tres de ellos: Colombia, Ecuador y México.

Para recolectar la información, se invitó a instituciones de salud reproductiva del sector público y ONG en Colombia, Ecuador y México que recibieron fondos de población de USAID a contestar un cuestionario y compartir sus experiencias en un diálogo virtual en el Sitio de Internet de la Red de Intercambio Global. Catorce instituciones de los tres países fueron invitadas, nueve de las cuales respondieron enviando su cuestionario y participando en el diálogo en Internet.

Este documento presenta el resumen de las experiencias vertidas por estas nueve instituciones en su proceso de finalización de los fondos de USAID así como sus recomendaciones para otros países que vivan situaciones similares y sugerencias de cómo USAID puede apoyar en este proceso.

II Objetivos del cuestionario y el dialogo virtual y metodología

Con el objeto de recabar información sobre la experiencia que vivieron los programas de salud reproductiva al terminar los fondos de USAID, MSH en conversaciones con Susan Wright de USAID Washington, decidió aplicar un sencillo cuestionario de siete preguntas, que sería enviado por correo electrónico al director ejecutivo de las principales instituciones de Colombia, México y Ecuador, que recibieron apoyo de fondos de población de USAID. Para ampliar esta información más tarde se invitaría a dos o tres personas de cada una de estas instituciones a tener una conversación virtual sobre el mismo tema.

Objetivo del cuestionario y de la conversación virtual:

Recabar información de las experiencias de los programas de salud reproductiva en Colombia, Ecuador y México sobre el proceso de finalización de los fondos de población de USAID y sus avances y retos actuales especialmente sobre los siguientes temas:

- La realización de encuestas nacionales sobre población y salud reproductiva
- Las tasas actuales de fecundidad y prevalencia en el uso de anticonceptivos
- El funcionamiento actual de los programas de salud reproductiva, fuentes de apoyo y especialmente el abasto de anticonceptivos y disponibilidad de personal capacitado.
- Los principales retos que atraviesan los programas de salud reproductiva
- Sus sugerencias para el proceso de transición de otros países (Tanto a los países como a USAID)

Los pasos que se siguieron para recabar la información fueron los siguientes:

- a. Identificación de las instituciones que recibieron fondos de población de USAID en Colombia, Ecuador y México. Los datos se tomaron del reporte de

POPTECH publicación No. 2004-193-029 de octubre del 2004 “Family Planning Graduation Experiences, Lessons for the Future” octubre del 2004.

- b. Contacto con dichas organizaciones (La mayoría de ellas ya pertenecían a la Red) y envío de un cuestionario por correo electrónico, acompañado de una carta de invitación de Susan Wright de USAID Washington.
- c. Seguimiento telefónico para conseguir los cuestionarios e invitar a la conversación virtual en el Sitio de la Red de Intercambio Global en Salud Reproductiva en Internet.
- d. Elaboración del primer resumen de los cuestionarios y presentación del mismo en el sitio de Internet.
- e. Facilitación de la conversación virtual en el Sitio Internet.
- f. Elaboración del presente reporte tanto de los cuestionarios como de la conversación en Internet.

En el apéndice A se encuentra el resumen de los cuestionarios, en el apéndice B, el resumen de los comentarios en el sitio virtual, en el apéndice C la lista de instituciones participantes, en el apéndice D se encuentra el cuestionario y en el E la carta de invitación de Susan Wright.

III Hallazgos

A continuación se presentan los hallazgos tanto de lo vertido en los cuestionarios como en la conversación virtual. Más adelante en los apéndices A y B se presenta el resumen del cuestionario y de la conversación virtual respectivamente.

• La realización de encuestas nacionales de población y salud reproductiva

Con relación al levantamiento de encuestas nacionales sobre población y salud reproductiva, los tres países han continuado con ellas. En el caso Colombia PROFAMILIA ha realizado las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud en periodos de cada cinco años, los resultados preliminares de la encuesta 2005 estarán disponibles a finales del presente año. Las encuestas han sido financiadas tanto con fondos del gobierno y ONGs locales como USAID y UNFPA.

En Ecuador el CEPAR realizó la “Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004”, que es la séptima en el país. Se han financiado tanto con fondos fiscales como con apoyo de otros donantes como el propio USAID, UNFPA y otros.

En el caso de México, la última Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica se efectuó en 1997. La falta de recursos financieros (sólo recursos fiscales) impidió efectuar esta Encuesta en el año 2002, para dar continuidad a la serie de encuestas quinquenales. No obstante, en el año 2003 se realizó la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003), con cobertura temática similar a la DHS. Sin embargo, debido a que su diseño fue concentrado en ocho entidades federativas las estimaciones nacionales fueron menos precisas.

• Tasas de fecundidad y prevalencia en el uso de anticonceptivos

Países	Tasa global de fecundidad	Prevalencia anticonceptiva
Colombia (2000)	2.6	77 %
Ecuador (2004)	3.3	72.7 %
México(2003)	2.47	Entre 72.5 y 76.6 %

En cuanto a la tasa global de fecundidad y prevalencia anticonceptiva, en Colombia las cifras del 2000 (Todavía no están disponibles las de la encuesta 2005) revelan una tasa global de fecundidad del 2.6 y una prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres casadas o unidas en edad fértil del 77%. Sin embargo todavía no se cuenta con los datos del 2005 para poder observar si ha habido algún efecto después del retiro de los fondos.

En Ecuador, según ENDEMAIN 2004 la tasa global de fecundidad es del 3.3 y la prevalencia anticonceptiva es de 72.7. Con relación a ENDEMAIN 1999, la tasa de fecundidad se ha mantenido casi igual que en 1999: 3.4 y 3.3 hijos por mujer a nivel nacional. La prevalencia anticonceptiva ha evolucionado, de 65.8 en 1999 a 72.7 en el 2004.

En México con la información disponible de las encuestas de 1987, a 2003 (ENSAR), un comité de expertos y el CONAPO estiman que la tasa global de fecundidad se ha mantenido, ya que la ubican entre 2.4 y 2.2 hijos por mujer para 2005 (con relación a 2.47 obtenida en ENSAR 2003) y que la prevalencia de uso de anticonceptivos de mujeres en edad fértil ha aumentado a 74.5% en 2005, ya que de acuerdo a ENSAR 2003 fue entre 72.5 y 76.6 %. (Como se explica arriba los datos no son muy precisos pues se hizo una muestra en ocho estados)

Tanto en Ecuador como en México se observa que la tasa global de fecundidad se ha mantenido aunque las cifras revelan que la prevalencia en el uso de anticonceptivos ha aumentado. Raffaella Schiavon de la CNEGSR de la SS de México en el diálogo virtual sugiere algunas posibles interpretaciones a este fenómeno como posible reducción del aborto inducido, el que la prevalencia debiera medirse sobre MEF (Mujeres en edad fértil) y no sólo en MEF unidas, la prevalencia de uso de anticonceptivos no se ha modificado en los grupos de edad críticos como son adolescentes y jóvenes, y la tasa de falla de métodos como el condón y métodos naturales (posiblemente muy usados en adolescentes y jóvenes, con menos adherencia, menos continuidad y mas fallas ligadas al usuario).

- **El funcionamiento general de los programas de salud reproductiva, fuentes de apoyo y especialmente del abasto de anticonceptivos y disponibilidad de personal capacitado**

Con el retiro de los fondos de USAID, las ONGs de los tres países se vieron en la necesidad de ser autosuficientes financieramente. Esto lo lograron básicamente racionalizando los gastos e incrementando las tarifas por lo que un mayor segmento de la población quedó automáticamente fuera del alcance de los servicios. Se han desarrollado proyectos especiales para poblaciones de más bajos recursos a través de la financiación de entidades internacionales como IPPF, UNFPA y UNICEF principalmente y pequeñas donaciones de algunas ONGs locales y apoyo del gobierno nacional. Sin embargo, se considera que éstas han sido insuficientes para la demanda existente. Esto es especialmente grave en el Ecuador donde el 60% de la cobertura de servicios de planificación familiar está a cargo del sector privado.

Un comentario muy interesante al respecto de Esperanza Delgado de MEXFAM fue "La misión social no puede estar amarrada a la sustentabilidad... Quienes han abandonado la misión social por no ser sustentables es que han fallado en su búsqueda por fuentes alternativas de financiamiento".

En el sector público el apoyo financiero recibido ha sido principalmente de fondos fiscales y no ha sido suficiente. Además, también se ha visto mermado el apoyo político debido a que se han fijado otras prioridades en el campo de la salud.

Con relación al abasto de anticonceptivos, en los tres países parece haber un buen abasto en el nivel comercial y las ONGs. Sin embargo en los programas de mercadeo social en Ecuador ha habido desabasto por falta de capital para compra de métodos. En México en el sector público a principios de esta década hubo serios problemas de desabasto al interior del país, particularmente por la falta de un presupuesto obligado a la compra de insumos anticonceptivos. En el contexto de la descentralización, los estados pueden tener otras prioridades en el gasto. Los fondos para el abasto han dependido principalmente de recursos fiscales aunque también ha habido apoyo de IPPF para las ONGs y de UNFPA.

Las ONGs de los tres países expresaron no tener problemas para mantener suficiente personal capacitado para la prestación de servicios de salud reproductiva. Sin embargo en el sector público en Colombia los servicios se han integrado al Sistema de Seguridad Social que cuenta con suficiente personal, aunque el nivel de capacitación puede ser menor. En México se ha considerado clave la capacitación y se han hecho grandes esfuerzos para capacitar a nivel nacional. Sin embargo, en el sector público no hay personal dedicado específicamente a la planificación familiar, un gran porcentaje del personal que atiende en el primer nivel de atención son los médicos pasantes en servicio social, lo que representa una tremenda rotación y grandes dificultades para mantenerlos capacitados en salud reproductiva.

- **Principales retos actuales de los programas de salud reproductiva**

Algunos de los retos de los programas de salud reproductiva mencionados fueron:

- Mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios de salud reproductiva; disminuir los rezagos regionales que existen.
- Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo, con énfasis en población rural, urbano-marginada, indígena y adolescente.
- Disminuir la incidencia de: embarazos no planeados, abortos inducidos e infecciones de transmisión sexual en población adolescente.
- Disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de Planificación Familiar
- Incrementar la participación del varón en la toma de decisiones reproductivas y en el uso de métodos anticonceptivos
- Contar con recursos financieros para la adquisición de insumos y para la capacitación del personal.
- Conseguir la sostenibilidad financiera y al mismo tiempo prestar servicios a la población más necesitada (ONGs)

- **Sugerencias a los países para el proceso de transición**

En cuanto a las recomendaciones a los países en proceso de finalizar los fondos de población de USAID les recomiendan:

- Acelerar en sus organizaciones el proceso de auto suficiencia financiera
 - Buscar fuentes alternas de financiamiento para atender a las poblaciones más pobres (que no es posible atender sólo con el remanente del cobro por servicios a la clase media)
 - Conseguir apoyo para continuar realizando las DHS
 - Creación de un fondo para compra de anticonceptivos.
 - Creación de un fondo de capital para la transición a la sostenibilidad financiera

- Apoyar la diversificación de los servicios para buscar la autosostenibilidad
- Fortalecer la infraestructura física, equipamiento para asumir los nuevos retos y hacer frente a los problemas por la terminación de esos fondos.
- Capacitación al personal en: programación-presupuesto, logística del manejo de los insumos.
- Realizar sesiones de sensibilización con autoridades y tomadores de decisiones para establecer los mecanismos que aseguren el abasto de insumos anticonceptivos.

Sugerencias a USAID para apoyar el proceso de finalización de fondos

Las sugerencias que Colombia, Ecuador y México aportan para la transición de otros países incluyen algunas estrategias que se siguieron con ellos y otras de ir aún más allá. A continuación se presenta un resumen de las sugerencias específicas.

- Que el proceso de finalización sea en forma paulatina tanto en el apoyo financiero y provisión de anticonceptivos como en la preparación técnica.
- Impulsar la conformación de fondos y a que las instituciones queden “saneadas”, con relación a liquidaciones e indemnizaciones del personal.
- Asegurar la existencia de normas, políticas y en general de las bases jurídicas que permitan dar continuidad a las acciones de planificación familiar.
- Documentar el proceso de compras locales de anticonceptivos.
- Sugerir fuentes alternas de financiamiento.
- Documentar las experiencias exitosas en otros países en la transición y proponerlas como guías de procedimientos a seguir.
- Mantener un monitoreo o evaluación sistemática y permanente, para conocer los resultados obtenidos después de la finalización del apoyo financiero y ayudarles a identificar acciones necesarias para tener éxito en el proceso

IV. Conclusiones

En general los comentarios sobre el proceso de finalización de fondos de población de USAID reflejan una transición preparada y paulatina.

Los países expresan agradecimiento del apoyo recibido como un comentario de la Secretaría de Salud de México “El apoyo que se recibió de USAID para la reproducción de material y para la capacitación del personal en la aplicación correcta de las normas en planificación familiar fue fundamental” y sobre insumos” El apoyo que se obtuvo de USAID y del FNUAP en este rubro fue fundamental en México, para asegurar la continuidad del programa durante los meses que se invirtieron para realizar las primeras compras de anticonceptivos en el país”. Otro comentario de Ecuador “ (sugerimos) “Hacer lo mismo que hizo con Ecuador y de lo cual estamos reconocidos y agradecidos”

Se podría decir que las transiciones han sido planificadas y paulatinas y podrían aún ser mejoradas.

En los tres países se ha continuado con la realización de encuestas nacionales sobre población y salud reproductiva, aunque se han conseguido apoyos financieros adicionales a los fondos fiscales, no siempre han sido suficientes. Se requiere

garantizar el acceso a fondos tanto fiscales como de otros donantes para poder contar con estudios detallados, frecuentes y confiables.

En el sector privado se ha trabajado en la sostenibilidad financiera y se ha mantenido la calidad en la prestación de servicios. Sin embargo se requiere conseguir mayor financiamiento de donantes locales para atender a las poblaciones más pobres, puesto que el financiamiento cruzado no es suficiente y las donaciones internacionales se están yendo a otras partes del mundo.

En el sector público se requiere trabajar en las políticas nacionales para retomar la prioridad de la salud reproductiva en el contexto de la descentralización con los estados o unidades regionales o los seguros de salud, que son quienes ahora tienen la responsabilidad de proveer los servicios de planificación familiar, existiendo menos control del nivel central.

Aparentemente en Ecuador y México, las tasas de fecundidad se han mantenido y la prevalencia anticonceptiva ha aumentado. Sin embargo los principales retos que enfrentan los programas están en mantener el trabajo logrado, cubrir la demanda insatisfecha de servicios principalmente entre la población adolescente y a las poblaciones más pobres y de difícil acceso.

USAID puede utilizar lo aprendido en las transiciones logradas hasta el momento, documentando y compartiendo con otros países, las mejores prácticas en: Estrategias de sostenibilidad financiera, búsqueda de donantes alternos, compras internacionales de anticonceptivos y trabajo en el nivel de políticas para que la salud reproductiva tenga prioridad en la normativa y los presupuestos nacionales.

Apéndices:

Apéndice A

Respuestas al cuestionario

Los cuestionarios fueron enviados a 14 instituciones de Colombia, Ecuador y México en julio del 2004. Las nueve instituciones que respondieron son: PROFAMILIA y CCRP de Colombia, APROFE, CEMOPLAF y CEPAR de Ecuador y CONAPO, CNEGSR de la Secretaría de Salud, FEMAP y MEXFAM de México. A continuación se presenta un resumen de los 9 cuestionarios.

1. Desde que se terminaron los fondos de población de USAID en su país, se ha realizado alguna encuesta de población? (Semejante a la encuesta de Salud y Demografía (DHS)?

COLOMBIA

PROFAMILIA: Los Fondos de población de USAID, finalizaron en Colombia en 1996, independientemente de ello, PROFAMILIA ha continuado el desarrollo de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud en periodos de cada cinco años. La última encuesta se realizó en el año 2000, pero actualmente se está finalizando la etapa de recolección de la información de la correspondiente al año 2005. Se espera entregar los resultados y el informe en el mes de Octubre de este año. Los fondos necesarios vienen de organismos del gobierno colombiano, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y el Ministerio de la Protección Social, e instituciones internacionales como USAID y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). También PROFAMILIA colabora en la financiación de la encuesta.

CCRP: Profamilia está realizando la DHS y los datos estarán disponibles en el segundo semestre de 2005

ECUADOR

CEMOPLAF, 2004 – 2005. Lo realizó CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable) con financiamiento de algunos Donantes, como USAID, UNFPA, CDC, etc.

APROFE: La ENDEMAIN, se llevó a cabo en el año 2004 y cuyo informe preliminar fue presentado en abril del presente año y para fines está programado el informe final. Son muchas las instituciones que apoyaron la ejecución de la Encuesta y algunas de ellas, económicamente.

CEPAR: El CEPAR realizó la “Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004”, que es la quinta que realiza nuestra institución y la séptima en el país. La Encuesta se realizó el segundo semestre del año 2004. El Informe Preliminar se presentó en Enero de 2005 y los Informes Nacional y Provinciales se presentarán en octubre de 2005.

Los fondos se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC-Ecuador), USAID, Fondo Japonés, BID, UNFPA, PMA, UNICEF Y UNIFEM.

MÉXICO

SSA/ CNEGSR: La última Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica se efectuó en 1997 y se tiene previsto llevar a cabo la siguiente encuesta en esta materia durante este año (2005). La falta de recursos financieros impidió efectuar esta Encuesta en el año 2002, para dar continuidad a la serie de encuestas quinquenales: ENADID 1992 y ENADID 1997. No obstante, en el año 2000 se efectuó la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) y en el año 2003 se realizó la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003), que han permitido dar seguimiento a la cobertura y uso de anticonceptivos, aunque ninguna de estas dos encuestas permite estimar los niveles de fecundidad en el país. La mayor parte de los recursos financieros han sido del propio gobierno.

CONAPO: En 2003 se levantó la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) con cobertura temática similar a la DHS. Sin embargo, debido a que su diseño fue concentrado en ocho entidades federativas las estimaciones nacionales fueron menos precisas. El levantamiento de la ENSAR se financió con recursos fiscales de la propia Secretaría de Salud. Hace falta una encuesta tipo DHS ya que no se tiene información puntual precisa sobre fecundidad y prevalencia de anticonceptivos. La falta de fondos ha impedido realizar una encuesta de ese tipo.

FEMAP: No se ha hecho encuesta. Desconozco el motivo, probablemente por falta de financiamiento.

MEXFAM: Sí. La última encuesta de cobertura nacional fue la encuesta de Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR, 2004), realizada por la Secretaría de Salud con fondos propios. MEXFAM ha realizado tres encuestas en población adolescente en 10 ciudades de México, la primera en el año 2000, la segunda en 2002 y la tercera en 2004. Los recursos fueron provistos por la Fundación David y Lucille Packard.

2. ¿Podría por favor proporcionarnos los datos más recientes y las tendencias sobre prevalencia anticonceptiva y tasas de fertilidad?

COLOMBIA

En el año 2000, los principales resultados fueron los siguientes a nivel nacional:(PROFAMILIA)

- a) Tasa Total de fecundidad: 2.6
- b) Edad de las mujeres al primer nacimiento: 22 años
- c) Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años de edad que ya han sido madres o estaban embarazadas de su primer hijo: 19 por ciento
- d) Tasa de prevalencia de uso anticonceptivo entre mujeres casadas o unidas de 15 y 49 años de edad: 77

ECUADOR

Los datos más importantes de ENDEMAIN 2004 SON: (CEPAR)

	TOTAL	URBANA	RURAL
Tasa Global de Fecundidad	3.3	2.9	3.9
Tasa Global de Fecundidad Deseada	2.6	2.3	3.1
Edad Mediana al 1er. Nacimiento	21.2	21.7	20.5
Prevalencia Anticonceptiva	72.7	76.6	67.1
Uso de Anticonceptivos Modernos	58.6	63.2	52.0

Según ENDEMAIN 2004, la tasa de fecundidad se ha mantenido casi igual que en 1999: 3.4 y 3.3 hijos por mujer a nivel nacional.

La prevalencia anticonceptiva ha evolucionado, pasando de 33.6 en 1979 a 43.3 en 1987, a 52 en 1989, a 56.8 en 1994, a 65.8 en 1999 y a 72.7 en el 2004.

MÉXICO

Tendencia según ENSAR 2003:

Tasa global de fecundidad	1986	1991	1996	2002
	3.84	3.24	2.75	2.47

Prevalencia uso anticonceptivos MEF

	1987	1992	1997	2003
	52.7	63.2	68.5	74.5

Con la información disponible de las encuestas de ENFES (DHS) 1987, 1992 (ENADID), 1997 (ENADID) y 2003 (ENSAR), un comité de expertos y el CONAPO ubican la tasas global de fecundidad entre 2.4 y 2.2 hijos por mujer para 2005, con relación a 2.47 obtenida en ENSAR 2003, y la prevalencia de uso de anticonceptivos de mujeres en edad fértil 15-49 y unidas fue entre (72.5 y 76.6 %) en 2003 y de 74.5% en 2005.

3. Desde que se terminaron los fondos de población de USAID, ¿qué tipo de apoyo (material, financiero, humano y político) ha recibido su Programa de Planificación Familiar y de quién?

COLOMBIA

PROFAMILIA: Con el retiro de los fondos de USAID, PROFAMILIA se vio en la obligación de ser autosuficiente financieramente. Esto lo logró básicamente racionalizando los gastos e incrementando las tarifas por lo que un mayor segmento de la población queda automáticamente fuera del alcance de los servicios. Se han desarrollado proyectos especiales de información y servicios, para poblaciones de más bajos recursos a través de la financiación de entidades internacionales y del gobierno nacional. Sin embargo, se considera que éstas han sido insuficientes para la demanda existente.

CCRP: No se han recibido fondos. No se está haciendo investigación en planificación familiar pues no hay fondos para ello.

ECUADOR

CEMOPLAF: Pequeñas donaciones Internacionales para actividades concretas: PPFA-I; ISR/UG; KIMIRINA, CARE, FUNDACIÓN THALATTA, etc. Anticonceptivos de USAID (Preservativos, Píldoras), Anticonceptivos de PPFA-I (T Cu380A, Píldoras) que enviaron de alguna reserva que tenían, ISR/UG El collar del ciclo.

APROFE: Solamente IPPF, el 1% de nuestro presupuesto. Hemos sobrevivido gracias a nuestra autogestión para el equilibrio financiero y la diversificación de servicios. Hemos ocupado un nicho de servicios usado por la clase media y media baja, la cual busca un ambiente de calidez en una bonita estructura física con servicios de alta calidad y que no está en condiciones de pagar los servicios si accede a una consulta estrictamente privada.

CEPAR: Es una institución privada sin fines de lucro que se ha dedicado a la investigación, información y capacitación en población y desarrollo y en salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar. (no presta servicios). Desde el año 2000

que terminó la cooperación de USAID el CEPAR no ha recibido apoyos concretos de otras instituciones, a excepción del financiamiento para ENDEMAIN. Por el prestigio que tiene el CEPAR ha tenido respaldo de instituciones públicas como el Municipio de Cotacachi, SIISE, Consejo Nacional de Salud, y privadas como CEMOPLAF, APROFE, Foro de ONG's, Fundación Esquel, y de diversas Agencias de Naciones Unidas como el UNFPA, UNICEF, etc. con quienes hemos realizado algunos proyectos.

MÉXICO

SSA/ CNEGSR: La principal fuente de financiamiento del Programa de Planificación Familiar ha sido del Gobierno Federal. Las instituciones públicas de Salud, por política nacional, designan año por año un presupuesto para el desarrollo del Programa de Planificación Familiar. Desde el proceso de descentralización, la responsabilidad logística, administrativa y operativa recae directamente sobre las entidades federativas (32 estados), pero bajo la función rectora y normativa del gobierno federal, y con asesoría periódica para la planeación. Uno de los retos actuales es integrar el Programa de Planificación Familiar al financiamiento otorgado a través del Seguro Popular. Recientemente se ha contado con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, principalmente para aspectos de capacitación.

FEMAP: De Population Council para investigación y evaluación. De FPIA financiera para programas de jóvenes y métodos anticonceptivos.

MEXFAM: Recibe apoyo de diversas instituciones nacionales e internacionales. La lista de donantes de encuentra disponible en nuestra página Web: www.mexfam.org.mx

4. ¿En su opinión, ha sido este apoyo adecuado? Si la respuesta es No: ¿Por qué no? Por favor describa específicamente las carencias materiales, financieras, de personal o de apoyo político.

COLOMBIA

PROFAMILIA: Los contratos que se han tenido con Entidades Promotoras de Salud, con algunos entes gubernamentales y con organizaciones internacionales, han sido insuficientes para poder llegar a toda la población de mas bajos recursos con la información y servicios que requieren.

CCRP: La CCRP no presta servicios de planificación familiar; participa en capacitación e investigación.

ECUADOR

CEMOPLAF: No. Lo recibido tanto en dinero como en materiales y anticonceptivos ha sido muy poco frente a las necesidades y demanda existente. En el caso de los anticonceptivos, al no tener suficientes donaciones, se ha sacrificado a las personas de más bajos recursos, ya que por su capacidad de pago no pueden pagar el precio de los anticonceptivos comerciales y además se ha debilitado el Programa de Mercadeo Social.

APROFE: No tuvimos ninguna clase de apoyo. , ni tampoco obstáculo alguno de una organización específica.

MÉXICO

SSA/ CNEGSR: Si bien se cuenta con recursos financieros específicos, para el desarrollo del Programa de Planificación Familiar estos no han sido suficientes, lo que ocasiona carencia de personal capacitado para el desarrollo del programa, materiales insuficientes para información comunicación y educación, limitantes en los procesos de capacitación e insuficiencia de insumos, como algunos métodos anticonceptivos. Estas situaciones han obligado a buscar otras fuentes de financiamiento, como son la industria privada y organizaciones de la sociedad civil, así como estrategias específicas de ahorro: en el caso de los anticonceptivos, el convenio de colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la compra coordinada (concentrando los pedidos de métodos AC por parte de los estados) a través de licitaciones internacionales. También se ha visto mermado el apoyo político debido a que se han fijado otras prioridades en el campo de la salud.

FEMAP: No, financiamientos muy pequeños, no suficientes para satisfacer la demanda.

MEXFAM: La situación de financiamiento para programas de planificación familiar en México ha sido decreciente. Las causas son el avance tan importante en reducción de la tasa de fecundidad, la alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y la necesidad cada vez mayor de apoyo financiero a los países del continente africano. Es cierto que se han tenido grandes avances programáticos, pero aún quedan grupos de población vulnerable sin servicios de planificación familiar que requieren atención inmediata. Por ser grupos específicos y marginados el costo de llevar los servicios es más alto.

5. ¿Su programa de Planificación Familiar, ha sido capaz de mantener un adecuado nivel de abasto de anticonceptivos desde que se terminó el apoyo de USAID en este campo?

COLOMBIA

PROFAMILIA: Si ha sido capaz de mantener un adecuado nivel de anticonceptivos. Desde que fundó su Programa de Mercadeo Social, siempre ha cobrado por los anticonceptivos que distribuye, quedando un pequeño margen de ganancia neta. De esta forma ha logrado mantenerse dentro del mercado de anticonceptivos del país.

CCRP: A nivel nacional, si hay un buen abasto de anticonceptivos a través del sistema comercial.

ECUADOR

CEMOPLAF: Se ha realizado todo el esfuerzo posible para ofrecer los anticonceptivos a nivel de clínicas, con compras locales a las casas farmacéuticas y algunas compras internacionales, pero con muchas deficiencias para el Programa de Mercadeo Social, sobre todo en píldoras, por no tener suficientes productos donados y por no tener un capital para la compra de los anticonceptivos.

APROFE: USAID al retirarse, nos dejó abastecidos con anticonceptivos. APROFE ha completado la gama con métodos que se compran localmente y que se ajustan a la demanda. Hoy, después de 4 años de terminación de la ayuda de USAID se está buscando una fórmula para importar los anticonceptivos bajo determinados ángulos positivos, para mantener nuestros niveles.

MÉXICO

SSA/CNEGSR: En este momento en términos generales podría decirse que si. A principios de esta década hubo serios problemas de desabasto de anticonceptivos al interior del país. Recientemente se han incorporado algunas estrategias para adquirir anticonceptivos a precios más accesibles, la mas importante es la coordinación que se tiene con el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la adquisición por parte de los estados de métodos que son licitados a nivel internacional, lo cual ha permitido mejorar la situación de abastecimiento de algunos métodos. Uno de las barreras más importantes para mantener un abasto adecuado es que no existe una partida presupuestal específica para la compra de anticonceptivos. Por otra parte, como resultado de la descentralización de los servicios de salud, en cada una de las entidades federativas existen políticas y prioridades diferentes para las acciones de planificación familiar y en consecuencia, para la adquisición de insumos anticonceptivos.

FEMAP: Si. Algunos años (3) con el abastecimiento que nos dio USAID en 1997., luego a través de compra-venta de métodos.

MEXFAM: Si, por el apoyo de IPPF. En el país hubo un periodo de desabasto, y recibieron apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

6. ¿Ha sido posible mantener suficiente personal capacitado para implementar el Programa de Planificación Familiar?

COLOMBIA

PROFAMILIA: El personal de PROFAMILIA es el mejor capacitado, en todo lo relacionado con salud sexual y reproductiva en el país. Siempre ha sido su política ofrecer entrenamientos continuos y sistemáticos a todos sus funcionarios, basados en las necesidades de cada uno de ellos.

CCRP: Los servicios se han integrado en las EPS e IPS del Sistema de Seguridad Social de Colombia que tiene suficientes recursos humanos para dar los servicios, aunque su nivel de capacitación puede ser menor.

ECUADOR

CEMOPLAF: Si, La capacitación del personal siempre fue prioridad institucional y además el personal es muy motivado y comprometido con la Institución y con la comunidad en general.

APROFE: El personal no solamente que se ha mantenido, sino que ha crecido numéricamente. El personal médico (331) colabora bajo el sistema de participación, recibe un porcentaje de los honorarios que la asociación recibe por el servicio prestado.

MÉXICO

SSA/CNEGSR: Con la publicación de la Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA-1993 de los Servicios de Planificación Familiar se estableció un intenso proceso de capacitación con el objeto de difundirla a nivel estatal. Así mismo, debido a la importancia que tienen los adolescentes dentro de este programa, se lleva a cabo un proceso de actualización en Salud Sexual y Reproductiva de 900 prestadores

asignados a los Servicios Amigables para adolescentes. También se le ha dado prioridad a la capacitación en logística para el manejo de los anticonceptivos, entrenando al personal de las 32 entidades federativas. Finalmente, se continúa con el proceso de capacitación de personal médico en la técnica de vasectomía sin bisturí, entre otras actividades. Es importante remarcar que la mayor parte de los recursos financieros para el desarrollo de esta actividad son proporcionados por el Gobierno Federal; otros derivan de los acuerdos de colaboración establecidos con organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas y con algunas organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo un porcentaje importante del personal médico del primer nivel de atención corresponde a pasantes en servicio social. La rotación de este tipo de personal dificulta los procesos de capacitación y actualización del personal. Por otra parte, no existe personal específico para la prestación de los servicios de planificación familiar, lo que obliga a capacitar en forma integral al personal médico del primer nivel de atención. Esto genera limitaciones, principalmente de tipo financiero para mantener actualizado al personal, así como para la reproducción de material de información, educación y comunicación.

FEMAP: Sí, trabajamos para asegurar la continuidad de los programas una vez terminada la asistencia de USAID (sustentabilidad), situación que nos ha permitido mantener los logros alcanzados.

MEXFAM: Si, la planificación familiar en el país es una política de estado y se ha conservado esta prioridad

7. ¿Cuáles son los principales retos que su Programa de Planificación Familiar está enfrentando en estos momentos?

COLOMBIA

PROFAMILIA: Llegar con información y servicios a los sitios mas necesitados, satisfacer la demanda insatisfecha y lograr que la tasa de prevalencia de uso anticonceptivo se incremente en el país

CCRP: Los embarazos en adolescentes. La encuesta DHS dará más información sobre los principales retos

ECUADOR

CEMOPLAF: Mantener la Misión Social, la Calidad y la Sustentabilidad sobre todo en áreas indígenas y con adolescentes. Mantener el Programa de Mercadeo Social.

APROFE: El principal reto es estar por encima de la competencia privada, ya que múltiples servicios médicos ofrecen a niveles iguales y a veces inferiores en el precio, por lo cual estamos muy atentos a monitorear el universo de usuarios/as que hasta ahora nos acompañan.

MÉXICO

SSA/CNEGSR:

- Mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios de salud reproductiva; disminuir los rezagos regionales que existen.

- Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo, con énfasis en población rural, urbano-marginada, indígena y adolescente.
- Disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de infecciones de transmisión sexual en población adolescente.
- Disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de Planificación Familiar
- Incrementar la participación del varón en la toma de decisiones reproductivas y en el uso de métodos anticonceptivos

FEMAP: Satisfacer la demanda y aumentar la cobertura de población

MEXFAM:

- La baja cobertura de anticoncepción en adolescentes
- La baja cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico
- La oposición de los grupos conservadores a la anticoncepción de emergencia y a la despenalización del aborto

8. ¿Que recomendaciones específicas daría usted a los países que están enfrentando el proceso de finalización de los fondos de población de USAID? ¿En qué les recomendaría que se enfocaran en la última fase de apoyo con fondos de población de USAID?

COLOMBIA

PROFAMILIA: Incrementar los niveles de autosuficiencia financiera y programática hasta llegar al ciento por ciento, racionalizando los gastos e incrementando los ingresos. Es necesario tener en mente que alcanzar la autosuficiencia financiera es totalmente posible. También en conseguir fondos de entidades nacionales e internacionales para desarrollar programas de servicios para las poblaciones mas necesitadas y que por su situación no pueden pagar las tarifas identificadas. Proporcionar todo el apoyo que se requiera, para que se sigan desarrollando las DHS en el país, con intervalos adecuados. Estas encuestas ayudan en la evaluación de los programas que se desarrollan, en identificar las necesidades más importantes y en la fijación de políticas y definición de nuevos proyectos.

CCRP: Integrar los servicios y garantizar la comercialización a bajos costos de los anticonceptivos.

ECUADOR

CEMOPLAF: Implementar estrategias que generen utilidades para que absorban los subsidios de la población de menos recursos (subsidios cruzados). Optimización de los recursos humanos. Creación de un Fondo para compra de Anticonceptivos. Creación de un Fondo de Capital, con cuyo rendimiento se cubra la brecha entre ingresos y egresos.

APROFE: Que se vayan preparando para subsistir en forma independiente, desarrollando un sistema de captación de pacientes, brindándoles una gama de servicios que a la vez que satisface las necesidades demandadas, sean satisfactorios para que acudan a la consulta. Los servicios deben ser basados en tecnología de punta, que permitan competir.

CEPAR: No depender de una sola fuente de financiamiento. Buscar la mayor diversificación posible. Promover el desarrollo organizacional y el fortalecimiento

técnico y administrativo de las instituciones que reciben esa cooperación y van a dejar de recibirlo. Fortalecer la infraestructura física, equipamiento y los recursos humanos de las instituciones para asumir los nuevos retos y hacer frente a los problemas por la terminación de esos fondos. Apoyar la diversificación de los servicios de las instituciones para buscar la autosostenibilidad. Promover la conformación de un fondo, lo más amplio posible, que pueda servir de base para la autosostenibilidad futura.

MÉXICO

SSA/CNEGSR: Sin duda alguna, es importante crear una red de personal altamente capacitado en la gerencia de programas de planificación familiar: capacitación, evaluación y logística, entre otros temas. Asimismo, es importante establecer las bases para asegurar que este personal permanezca en sus puestos, al menos durante los primeros años posteriores a la transición. Por otra parte, es importante adquirir una cantidad importante de anticonceptivos para asegurar una existencia adecuada de insumos durante los primeros dos o tres años posteriores a la fecha en que finalice definitivamente el apoyo de USAID. El apoyo que se obtuvo de USAID y del FNUAP en este rubro fue fundamental en México, para asegurar la continuidad del programa durante los meses que se invirtieron para realizar las primeras compras de anticonceptivos en el país.

FEMAP: Que se concentren en su sustentabilidad (técnica y financiera).

MEXFAM:

Realizar talleres de programación-presupuesto para conocer el costo real de la cobertura anticonceptiva en su población de responsabilidad

Realizar capacitación en logística del manejo de los insumos

Realizar sesiones de sensibilización con autoridades y tomadores de decisiones para establecer los mecanismos que aseguren el abasto de insumos anticonceptivos.

9. ¿Qué sugerencias específicas daría usted a USAID para mejorar el proceso de finalización del apoyo con fondos de población y salud reproductiva en diferentes países?

COLOMBIA

PROFAMILIA: Yo le recomendaría a USAID, no abandonar totalmente a los países que se les suspende el apoyo financiero, sino mantener un monitoreo o evaluación sistemática y permanente, para conocer los resultados obtenidos después de la finalización del apoyo financiero y ayudarles a identificar acciones necesarias para tener éxito en el proceso.

CCRP: Hacer conocer que estas terminaciones ya se han dado ya en varios países y que mas pronto que tarde le va ha llegar a ellos, para que todos los pasos que den sean orientados a mantener sostenible la planificación familiar después de que se acaben los fondos de USAID. Mantener el apoyo a la investigación en planificación familiar que permita obtener información de cómo va la planificación familiar y si hay que tomar medidas especiales para que se mantengan los servicios.

ECUADOR

CEMOPLAF: Que el proceso de finalización sea en forma paulatina tanto en el apoyo financiero como en la provisión de anticonceptivos.

APROFE: Hacer lo mismo que hizo con Ecuador y de lo cual estamos reconocidos y agradecidos: garantizar una situación financiera equilibrada que garantice los altibajos que podría provocarse en los primeros momentos del abandono hasta llegar a la autogestión, así como fijar una cantidad suficiente de métodos anticonceptivos para varios años.

CEPAR: Trabajar con cada una de las instituciones para prepararles técnica, financiera y psicológicamente para enfrentar la nueva realidad. Apoyar la diversificación de servicios y de fuentes posibles de cooperación. Impulsar la conformación de fondos y la capacitación necesarias para una gestión financiera eficaz. Ayudar a que las instituciones queden “saneadas” económicamente, especialmente en lo que tiene relación con liquidaciones e indemnizaciones del personal que tenga que ser despedido.

MÉXICO

SSA/CNEGSR: Uno de los elementos más importantes a considerar es asegurar la existencia de normas, políticas y en general de las bases jurídicas que permitan dar continuidad a las acciones de planificación familiar. El apoyo que se recibió de USAID para la reproducción de material y para la capacitación del personal en la aplicación correcta de las normas en planificación familiar fue fundamental. Un aspecto que podría ayudar enormemente es en documentar el proceso de adquisición de insumos bajo la modalidad de compra locales de anticonceptivos (mediante compras coordinadas o licitaciones nacionales o internacionales) y en capacitar a personal en estos aspectos. En México este proceso fue muy difícil, se llevó varios años y se tuvieron que enfrentar muchas barreras y obstáculos (de tipo legal y administrativo) que no se habían previsto.

FEMAP: Que apoye a los proyectos que sean verdaderamente eficientes y eficaces, características medidas a través de evaluaciones y que concentren sus esfuerzos en estrategias de generación de recursos y de sustentabilidad técnico-financiera.

MEXFAM:

Hacer reuniones con el personal interesado para darles a conocer el proceso de retiro y sus implicaciones.

Sugerir fuentes alternas de financiamiento

Facilitar procesos de capacitación en procuración de fondos

Documentar las experiencias exitosas y proponerlas como guías de procedimientos

Apéndice B

Comentarios en el Sitio de Internet de La Red de Intercambio Global en Salud Reproductiva

Con respecto a los retos que los programas de Salud Reproductiva están enfrentando al finalizar el apoyo financiero de USAID, en la conversación virtual aparecieron principalmente tres temas: Abasto de anticonceptivos, sustentabilidad financiera y fidelidad a la misión social y tendencias en la prevalencia de usos de anticonceptivos con relación a la tasa de fecundidad. También se aportaron algunas sugerencias para países que vayan a pasar por la misma transición.

Abasto de anticonceptivos

En el primer tema sobre abasto de anticonceptivos, la CNEGSR de la SS comentan que cuando se terminaron los fondos de USAID (1998) México estaba pasando por el proceso de descentralización. La responsabilidad de la compra de los anticonceptivos ahora recae en el nivel estatal. Cada estado puede tener diferentes prioridades y no hay un rubro obligatorio en el presupuesto para la compra de anticonceptivos. Lourdes Quintanilla nos comenta que en México en el sector público un gran reto fue mantener el abasto de anticonceptivos, a través de diversas estrategias para asistir técnicamente a los estados para la elaboración de presupuestos realistas y una compra internacional coordinada de anticonceptivos con varias entidades logrando ahorros muy significativos.

Enrique Suárez de FEMAP también de México, comenta que se prepararon para la transición asegurando una cobertura de anticonceptivos de tres años, desarrollaron su propia marca de condones e hicieron convenios con compañías farmacéuticas para compra de hormonales. También hicieron compras a UNFPA.

Sustentabilidad financiera y fidelidad a la misión social

Teresa de Vargas de CEMOPLAF en Ecuador comenta que con la finalización de los fondos, tuvieron que volverse autosostenibles y que ello los ha llevado a un nicho de mercado que no es el de los más necesitados. (Tómese en cuenta que en Ecuador, el 60% de la demanda de servicios de planificación familiar es cubierta por el sector privado). Por ello Teresa opina que el mayor reto para las ONGs. Es mantener su misión social y ser al mismo tiempo autosostenibles.

Para poder conseguir dicha sostenibilidad, Enrique Suárez de FEMAP, México comenta los principales retos son: Trascender la cultura de la dependencia, sostener los mismos niveles de operación que se tenían con subsidios, maximizar las diferentes alternativas de generación de ingresos y demostrar que se puede ser autosuficiente y continuar sirviendo a la población objetivo. Algunas estrategias que sugiere son: Trabajar para que los usuarios, en la medida de sus posibilidades asuman la responsabilidad que les corresponde, subsidio cruzado, diversificación de servicios, control y reducción de costos, estudios de mercado, calidad de atención y servicio.

Nelson Oviedo comenta que CEPAR que es la organización para quien él trabaja no presta servicios de planificación familiar, sino que es el principal centro sociodemográfico de Ecuador.. Sin embargo como las otras ONGs, ha tenido que diversificar sus fuentes de financiamiento y cambiar su cultura hacia la autosostenibilidad para sobrevivir. Aunque pudieron realizar la ENDEMAIN que es la

principal encuesta, no han podido hacer otras encuestas y estudios y ha habido estancamiento en capacitación y otros campos.

Y hablando de sostenibilidad de las ONGs que prestan servicios de salud reproductiva Nelson nos comenta “las instituciones privadas sin fines de lucro (ONG’s), al terminar el financiamiento exterior, han podido mantener su misión social parcialmente, porque la búsqueda de autosostenibilidad les ha obligado a centrar sus servicios en la población que puede pagar precios aunque sean bajos. La población más pobre creo que ha quedado en parte desprotegida”

Continuando con el tema de la sustentabilidad Esperanza Delgado de MEXFAM, nos comenta que “La misión social no puede estar amarrada a la sustentabilidad... En el momento que se quiera incluir el objetivo de sustentabilidad como condición de los programas sociales, se tendrá como consecuencia lógica el abandono de la población meta, es decir, de los más necesitados... Quienes han abandonado la misión social por no ser sustentables es que han fallado en su búsqueda por fuentes alternativas de financiamiento... o ¿cómo ven?”

Aída Lafebre nos explica las estrategias que APROFE en Ecuador a seguido para no abandonar su misión social “Hemos implementado la política del "hermano mayor" es decir que las clínicas con mayor autosostenibilidad aportan a aquellas clínicas sirviendo en las ciudades pequeñas con poblaciones marginadas. Hay poblaciones que difícilmente podrán pagar un servicio de salud y en ese caso debemos hacer alianzas con los gobiernos locales a fin de cubrir los costos y seguir prestando los servicios”.

Tendencias en la prevalencia de usos de anticonceptivos con relación a la tasa de fecundidad.

Nelson Oviedo de CEPAR, comenta que las tasas de fecundidad en Ecuador se han mantenido entre 3.3 y 3.4 a nivel nacional, los mismos niveles del 1999, sin embargo la prevalencia anticonceptiva ha evolucionado del 65.8 en 1999 a 72,7 en el 2004.

Con relación al comentario de Nelson Oviedo sobre la prevalencia anticonceptiva y las tasas de fecundidad, Raffaella Schiavon de la CNEGSR de la SS de México analiza “Es interesante la observación de Ecuador. En México, en la ENSAR, se observó el mismo fenómeno, aumento de la prevalencia de uso de AC sin reducción muy significativa de la fecundidad. Ella sugiere algunas posibles interpretaciones a este fenómeno: Posible reducción del aborto inducido, el que la prevalencia debiera medirse sobre MEF y no sólo en MEF unidas, la prevalencia de uso de anticonceptivos no se ha modificado en los grupos de edad críticos como son adolescentes y jóvenes, y la tasa de falla de métodos como el condón y métodos naturales (posiblemente muy usados en adolescentes y jóvenes, con menos adherencia, menos continuidad y mas fallas ligadas al usuario).

Sugerencias a otros países y a USAID para el proceso de transición

Ante la pregunta ¿Cómo sugerirías que se preparen los países y USAID cuando el financiamiento de USAID está por terminar? Se dieron las siguientes sugerencias:

- Que se socialice con todos los actores, gobiernos centrales, regionales. ONGs y generar un compromiso de continuidad
- Preparar la normatividad para poder hacer compras internacionales con apoyo de UNFPA

- Que se realice una reingeniería institucional, para optimizar todos los recursos existentes y fortalecimiento de toda la infraestructura.
- Invertir en estrategias de diversificación de ingresos
- Políticas de precios que reconozcan la capacidad económica de la población que atienden. Establecer precios de servicios en base a los costos de los mismos.
- Creación de un fondo para compra de anticonceptivos
- Generar una base de datos de personal capacitado disponible en el futuro
- Formación de capacitadores y multiplicadores locales
- Planificar estrategias para mantener la misión institucional.
- Asegurar la disponibilidad de anticonceptivos para la transición

Apéndice C

Lista de instituciones participantes en el cuestionario

Los cuestionarios fueron enviados a 14 instituciones de las cuales respondieron nueve que a continuación se describen:

Colombia:

PROFAMILIA
Directora Ejecutiva María Isabel Plata
miplata@profamilia.org.co

CCRP,
Corporación Centro Regional de Población
Director Ejecutivo Alcides Estrada
ccrp@andinet.com

Ecuador:

APROFE,
Director Ejecutivo Paolo Marangoni
pmarango@aprofe.org.ec

CEMOPLAF
Directora Ejecutiva Neida Teresa Álvarez de Vargas
teresa.alvarez@cemoplaf.org

CEPAR
Directora Ejecutiva María Elena Yépez
cepar@cepar.org.ec

México:

CONAPO
Director de Asuntos Internacionales y Población
Mtro. Octavio Mojarro
octavio.mojarro@conapo.gob.mx

CNEGSR de la Secretaría de Salud
Directora Adjunta Rafaela Schiavon
rschiavon@salud.gob.mx

FEMAP
Director Ejecutivo, Enrique Suárez
esuarez@femap.org

MEXFAM
Director Ejecutivo Vicente Díaz Sánchez.
vdiaz@mexfam.org.mx

Apéndice D

Preguntas para las entrevistas a países que dejaron de recibir fondos de población y salud reproductiva de USAID

Parte A: Experiencia Institucional desde que se terminó el apoyo con fondos de población de USAID

1-A Desde que se terminaron los fondos de población de USAID en su país, se ha realizado alguna encuesta de población?. (Semejante a la encuesta de Salud y Demografía (DHS)?

1-B Si la respuesta es SI: ¿Cuándo se realizó la última encuesta? Y ¿De dónde se sacaron los fondos para realizarla?

1-C Si la respuesta es SI: ¿Podría por favor proporcionarnos los datos más recientes y las tendencias sobre prevalencia anticonceptiva y tasas de fertilidad?

1-D Si no se ha realizado una encuesta de población,¿ podría explicarme por qué motivo?

2. Desde que se terminaron los fondos de población de USAID, ¿qué tipo de apoyo (material, financiero, humano y político) ha recibido su Programa de Planificación Familiar y de quién?

2-A ¿En su opinión, ha sido este apoyo adecuado? Si la respuesta es No: ¿Por qué no? Por favor describa específicamente las carencias materiales, financieras, de personal o de apoyo político.

3. ¿Su programa de Planificación Familiar, ha sido capaz de mantener un adecuado nivel de abasto de anticonceptivos desde que se terminó el apoyo de USAID en este campo?

3-A Si la respuesta es SI:¿Cómo lo han logrado?

3- B Si la respuesta es No: ¿Por qué? Por favor describa cualquier carencia de personal, recursos materiales, financieros o apoyo político para abastecimiento de anticonceptivos.

4. ¿Ha sido posible mantener suficiente personal capacitado para implementar el Programa de Planificación Familiar?

4. A Si la respuesta es SI: ¿Cómo lo han conseguido?

4-B Si la respuesta es NO: ¿Podría por favor describir cualquier carencia específica de personal, recursos materiales, financieros o apoyo político?

5. ¿Cuáles son los principales retos que su Programa de Planificación Familiar está enfrentando en estos momentos?

Parte B: Recomendaciones para otros países y USAID con relación al proceso de finiquitar los fondos de población.

6. ¿Qué recomendaciones específicas daría usted a los países que están enfrentando el proceso de finalización de los fondos de población de USAID? ¿En qué les recomendaría que se enfocaran en la última fase de apoyo con fondos de población de USAID?

7. ¿Qué sugerencias específicas daría usted a USAID para mejorar el proceso de finalización del apoyo con fondos de población y salud reproductiva en diferentes países?

Apéndice E

Carta de Invitación de USAID



U.S. AGENCY FOR
INTERNATIONAL
DEVELOPMENT

Estimados miembros de la Red de Intercambio Global de Salud Reproductiva:

La Red de Intercambio Global de Salud Reproductiva, se ha convertido en una realidad gracias a su interés. La red inició con grupos focales en México, Ecuador y Colombia, en el 2003. Después el Programa Virtual de Desarrollo de Liderazgo puso en contacto a 67 profesionales de la salud que identificaron retos y temas de interés comunes. Este programa tuvo como resultado la organización en marzo de este año, de una exitosa conferencia virtual, en un tema elegido por los miembros de la red —Experiencias hacia la Mejora de la Salud Reproductiva de los/las Adolescentes— en la que participaron activamente durante tres días, 160 personas de 15 países. En África, conducida por profesionales de la salud reproductiva del Ministerio de Salud de Marruecos, participaron 98 personas de 7 países en una conferencia virtual sobre Maternidad Segura.

Mientras continúan enfrentando retos de población y salud reproductiva, USAID quiere alentarlos a compartir sus experiencias entre ustedes y con otros países de Latinoamérica y el Caribe, tanto con aquellos cuyos programas están en un nivel similar de madurez como aquellos que todavía tienen un largo camino por recorrer. También esperamos seguir aprendiendo de ustedes, la información que nos den nos ayudará a mejorar la manera como trabajamos con los programas de salud reproductiva en otros países para que vayan siendo poco a poco menos dependientes del soporte directo de USAID.

Con este mensaje queremos invitarlos a continuar profundizando el Intercambio Global. En particular, queremos invitarlos a participar en una encuesta y una discusión organizada por Management Sciences of Health (MSH), sobre la situación actual de la salud reproductiva en sus países, los éxitos y retos de sus programas después que terminó el apoyo con fondos de población de USAID. Esta fase del Intercambio Global consta de dos partes. Un cuestionario inicial, para recoger información similar a través de los programas y después un diálogo entre países, para examinar más detalladamente, los diferentes factores que facilitan o dificultan el desempeño de los programas, cuando termina el apoyo de USAID.

MSH les está enviando anexo un sencillo cuestionario para que nos hagan favor de llenarlo y enviarlo por correo electrónico a Lourdes de la Peza ldelapez@msh.org. Esperamos recibir sus cuestionarios llenos, para finales del mes de julio, para tener tiempo de resumir la información antes de que los países que llenen la encuesta, sean invitados a participare en el diálogo virtual, en el Sitio de La Red de Intercambio Global en Salud Reproductiva, en la semana del 8 al 12 de agosto. Cuando las dos fases del Intercambio concluyan, se elaborará un resumen que compartiremos con ustedes.

En nombre de USAID y MSH, quiero decirles que estamos muy entusiasmados por el trabajo de la Red de Intercambio Global y gracias otra vez por hacer de este esfuerzo un éxito.

Susan Wright
Cognizant Technical Officer, Management & Leadership Project
Global Health, Office of Population and Reproductive Health
Service Delivery Improvement Division
United States Agency for International Development

1300 PENNSYLVANIA AVENUE, N.W.
WASHINGTON, D.C. 20523